

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 170

DE LA

PÉRIGASTRITE ADHÉSIVE

DANS

l'Ulçère de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES LANGLAIS

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Né au Gouray (Côtes-du-Nord), le 3 janvier 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 170

DE LA

PÉRIGASTRITE ADHÉSIVE

DANS

l'Ulcère de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juillet 1902

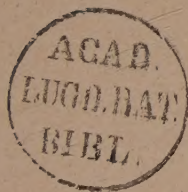
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES LANGLAIS

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Né au Gouray (Côtes-du-Nord), le 3 janvier 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}
Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;
MM. TIXIER et FABRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon oncle J.-B. LANGLAIS

A MES PARENTS

A MES ONCLES ET TANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MAURICE POLLOSSON

*Je suis très reconnaissant de l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

MM. VINCENT, professeur agrégé, ex-chirurgien
major de la Charité ;

VALLAS, professeur agrégé, chirurgien des
Hôpitaux.

Internat :

MM. VINCENT ;

LYONNET, médecin des Hôpitaux ;

COURMONT (Jules), professeur à la Faculté,
médecin des Hôpitaux ;

ROQUE, professeur agrégé, médecin des
Hôpitaux ;

POLLOSSON Maurice ;

POLLOSSON (Auguste), professeur agrégé,
chirurgien major de la Charité ;

AUDRY, médecin des Hôpitaux ;

VALLAS ;

MOUISSET, médecin des Hôpitaux.

A M. TOURNIER, ex-chef de clinique médicale,
nous sommes reconnaissant de nous avoir inspiré
cette thèse, et d'avoir mis à notre disposition, d'une
façon si bienveillante, sa science et ses conseils.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Introduction

Parmi les nombreuses complications de l'ulcère de l'estomac, il en est une beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imagine, assez souvent non diagnostiquée ou plutôt causant des erreurs de diagnostic fréquentes : c'est la périgastrite.

Et, pourtant, cette complication est connue depuis longtemps dans son étiologie, depuis peu dans sa thérapeutique. Au début de son histoire elle était surtout une découverte d'autopsie.

En parcourant les nombreux travaux qui ont été consacrés à ce chapitre de la pathologie de l'estomac, on acquiert la notion que le tableau clinique qu'on en trace manque de précision et d'uniformité. Les observations rapportées sont, à ce point de vue surtout, contradictoires et impossibles à comparer, si bien qu'on s'égare presque fatalement, quand on a à interpréter des phénomènes analogues. C'est ce

tableau clinique si vague et si déconcertant au premier abord, que nous avons surtout l'intention de mettre en évidence autant que possible.

Nous n'aurons pas en vue, bien entendu, les adhérences filamenteuses, la plupart du temps très localisées et qui peuvent passer inaperçues et n'occasionnent que des malaises insignifiants. Ce nous voulons surtout étudier, c'est la symphyse gastrique, constituée par des adhérences étendues de l'estomac et de la paroi abdominale antérieure surtout, sans compter les adhérences concomitantes qui peuvent exister aux organes voisins, comme le foie, la rate, le pancréas, le côlon, et qui ne modifient pas sensiblement l'allure séméiologique générale, mais y ajoutent seulement quelques variantes. Nous voulons éliminer aussi les adhérences localisées, prédominantes au pylore, dont les manifestations sont celles de toute sténose pylorique plus ou moins complète. Cette manière de voir nous permettra de limiter notre description à la forme de périgastrite la plus importante après celle qui prédomine au niveau du pylore. Cette forme simule fréquemment le néoplasme. Nous l'établirons par la suite, mais il est auparavant intéressant à ce sujet de passer en revue rapidement les travaux antérieurs.

La plupart sont un aveu frappant de la difficulté du diagnostic, difficulté reposant en général sur une analyse incomplète des phénomènes par lesquels se manifeste la symphyse gastrique.

Celle-ci prenant de préférence le masque du néoplasme de l'estomac, son histoire est donc avant tout

celle des faux cancers. Et cependant, il y est à peine fait allusion dans la thèse de Chesnel (Paris, 1877) qui traite spécialement la question des faux cancers.

Andral, Wilson Fox, Cruveilhier, Brinton, dans leurs traités ne consacrent qu'une citation à ces adhérences formant ou non tumeur, à allure, en tout cas, néoplasique. Il ont surtout insisté sur le mécanisme de leur formation, leur distribution, leur constitution anatomo-pathologique. Quant à leur rôle et à leurs manifestations cliniques, elles ont été presque complètement négligées.

Dans la thèse de Deschamps : « Diagnostic du cancer gastrique » (Paris 1885), on trouve le compte-rendu de l'autopsie d'un malade chez lequel les vomissements alimentaires, la présence d'une tumeur à l'épigastre, des hématomés et un teint cachectique avaient fait diagnostiquer un néoplasme. A l'autopsie : adhérences au foie, au colon transverse et, à ce niveau, la paroi gastrique est épaissie au point d'atteindre 2 centimètres. Le substratum était un ulcère prépylorique.

Un cas analogue est rapporté dans les cliniques de Trousseau. Damaschino, dans son Traité des Maladies digestives, cherche soigneusement à mettre le clinicien en garde contre pareille interprétation.

A propos du cancer de l'estomac, il insinue : « Parfois la palpation permet de découvrir une tumeur à laquelle il faudra prêter la plus grande attention ; il se peut, en effet, que des adhérences périgastriques donnent la sensation d'une tumeur résistante. On a même prétendu (mais cette assertion est discutable)

que l'on pouvait sentir, à travers les parois abdominales, les bords indurés de l'ulcère ».

Lorenzi, dans sa thèse (Paris 1894), cite une statistique de Reinhardt qui, sur 13 cas d'ulcères avec tuméfaction réunis par lui, avait constaté que cette tuméfaction était due, dans 6 cas, à des adhérences périgastriques aux organes voisins et à la paroi abdominale.

Dujardin-Beaumetz, dans ses cliniques de thérapeutique, et Gaston Lyon, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux*, reconnaissent la même difficulté de diagnostic.

Fresnoy, dans sa thèse de 1896, prend la contrepartie du sujet de Chesnel. Il étudie les affections dans lesquelles les malades se présentent à l'examen avec des signes soi-disant pathognomoniques du cancer de l'estomac et qui, cependant, ne sont pas des cancers.

Dans un premier groupe de faits, les malades présentent les signes du cancer de l'estomac, à tel point que le diagnostic paraît évident, et sont traités comme tels.

Dans ce groupe, nous trouvons qu'à l'autopsie, on a découvert dans 2 cas : (Observ. III et VIII) de la périgastrite consécutive à un ulcère de l'estomac.

Dans un autre groupe de faits, les malades présentent des symptômes manifestes de cancer de l'estomac. On se décide pour une intervention plutôt palliative que curative. Laparotomie. Pas de cancer. Or, dans une de ces observations empruntées à Terrier (*Société de Chirurgie 1894*) il s'agissait d'un

néoplasme inflammatoire d'origine ulcéreuse de la petite courbure de l'estomac, adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure.

Billroth, Kroggius, Klausner sont intervenus dans des conditions identiques.

Robin, dans son *Traité des Maladies de l'estomac*, rapporte l'observation d'une dame russe chez laquelle le diagnostic de cancer de l'estomac avait été porté, en 1878, après une consultation avec deux maîtres éminents de cette époque ; aucun doute n'avait paru possible, tant les signes classiques étaient évidents.

Tout y était : la tumeur, la teinte jaune paille, l'anorexie, les vomissements marc de café, l'œdème cachectique des membres inférieurs et le caractère douloureux de la tumeur.

Vingt ans après, en octobre 1898, Robin a revu cette malade guérie de son soi-disant cancer.

Après son premier diagnostic, cette malade avait été transportée en Russie où ce diagnostic fut d'abord confirmé par Boskin, mais l'évolution ultérieure de la maladie avait modifié la première impression de ce médecin, qui finit par conclure à un ulcère de l'estomac, avec foyer de péritonite périgastrique.

Il est donc important d'avoir à sa disposition de bons moyens de diagnostic, que la laparotomie doive, ou non, s'en suivre, car le pronostic en dépend. Et nous ne sommes pas de l'avis de Marion (Thèse Paris, 1896) quand il affirme que c'est par élimination plutôt que pour des raisons déterminées qu'on

sera amené à conclure à l'existence d'adhérences, et quand il prétend qu'il n'est pas nécessaire de savoir qu'il existe des adhérences pour intervenir. Une laparotomie exploratrice, dit-il, est bien vite faite. D'accord, mais encore cette laparotomie, si courte soit-elle, n'est pas toujours inoffensive chez certains de ces malades anémiés.

Et, surtout, combien plus nombreux sont les cas dans lesquels on a à poser non une indication opératoire, mais plutôt à faire un pronostic. Or, indication opératoire et pronostic ne seront relativement aisés, qu'autant qu'on pourra s'entourer de nombreux éléments de diagnostic différentiels, subtils parfois, mais réels et faciles à découvrir, quand on procède à une minutieuse analyse, entre les périgastrites ulcéreuses, et les affections qui peuvent la simuler.

Il ne suffit pas, en effet, comme on l'a dit, pour toujours penser à la périgastrite plutôt qu'à un cancer, de se trouver en présence d'une tumeur épigastrique mobile, mal délimitable par la palpation, douloureuse spontanément et plus encore par la pression circonscrite après l'ingestion alimentaire. Ce serait chose trop aisée. On ne s'expliquerait pas que les cliniciens dont Chesnel et Fresnoy, par exemple, ont rapporté les observations, aient pu commettre de si fréquentes erreurs.

On risquerait, d'autre part, de tomber trop souvent dans le défaut opposé et de voir beaucoup plus de périgastrites qu'on n'en constate en clinique. Il est encore moins permis de dire que, dans les cas où

la tumeur est si nettement sentie, il ne s'agit pas de cancer.

L'histoire de la symphyse gastrique, complète ou incomplète, peut donc se résumer en une première période qui fut presque exclusivement consacrée à l'étude anatomo-pathologique. Puis vinrent la phase clinique proprement dite, et la phase chirurgicale qui ont, depuis, toujours marché parallèlement avec de nombreuses hésitations, des oscillations qui durent encore. Il serait oiseux et trop long d'exposer dans l'ordre chronologique les interventions multiples qui ont été préconisées, adoptées ou rejetées tour à tour. Sans parler des nombreux travaux publiés à l'étranger, notamment en Allemagne, nous nous contenterons de mentionner celui de Bouquet de Jolinière avec des observations de MM. Bouveret et Jaboulay; celui de Chapouy et celui de Marion.

Depuis, Hale White en Angleterre, Westphalen et Ficke, Rosenheim en Allemagne, Terrier en France, ont rapporté de nouvelles observations.

Nous aurons l'occasion d'en relater les résultats et les conclusions.

Mais nous voudrions préalablement bien faire remarquer que beaucoup de ces observations ont trait à des ulcères de l'antrum pylorique dont la cicatrisation a produit une sténose pylorique. Le syndrome de celle-ci laisse donc à l'arrière-plan celui de la périgastrite concomitante, laquelle, dans ces conditions, n'est, le plus souvent, découverte qu'au moment de la laparotomie.

Mais si les adhérences qui créent la complication

sont comme dans noscas greffées sur un ulcère de la petite courbure, non propagé jusqu'au pylore, par conséquent sans rétrécissement consécutif de ce dernier, leur mode de distribution et leur façon de se révéler sont presque constamment identiques.

Elles donnent lieu à une séméiologie assez embrouillée, qui peut dérouter si on n'est pas prévenu.

Pour clore et résumer cet aperçu rapide, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire en partie la communication d'Ewald (de Berlin), au dernier Congrès international de Médecine.

« Il est une conséquence peu connue et pourtant fréquente de l'ulcère, de l'estomac. C'est la péritonite adhésive, la péritonite chronique qui accompagne leur travail de réparation, et qui crée un processus aussi tenace que dangereux dans ses conséquences. Le syndrome clinique qui traduit ce processus est souvent d'un diagnostic fort difficile. Il ressemble étroitement à celui des néoplasies cancéreuses de l'estomac : amaigrissement progressif, dégoût des aliments, fermentations alimentaires, éructations nidoreuses, teinte jaune des téguments, cachexie profonde.

« Souvent aussi, par les douleurs qu'il détermine, il rappelle certaines névroses de l'estomac, accompagnées de signes paroxystiques et d'irradiations souvent lointaines, rétro-sternales et mêmes cervicales.

« La cause de ces douleurs est la déformation de l'estomac, qui est bridé par des adhérences et maintenu dans une situation vicieuse, verticale ou oblique. La cause de la cachexie est le défaut de fonctionnement mécanique de l'estomac qui, se contractant mal, entraîne des phénomènes de stase et des fermentations alimentaires ».

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique, comme d'ailleurs au point de vue clinique, ce qui caractérise les adhérences épigastriques consécutives à un ulcère de l'estomac, c'est précisément de ne pas avoir des caractères constants : leur fréquence, leur siège, leur consistance, leur forme, tout cela est extrêmement variable. Cependant, dans deux des cas que nous rapportons, les lésions constatées au moment de l'intervention étaient presque identiques comme disposition, et il est probable qu'on doit la retrouver plus fréquemment qu'on ne l'a dit, quand la périgastrite évolue depuis plusieurs années.

Fréquence.—Comme le fait remarquer Brinton, la fréquence des adhérences par ulcère est en rapport avec la durée de l'ulcère : la périgastrite adhésive existe d'autant plus souvent que l'ulcère qui lui a donné naissance est plus ancien. De ces observations, Brinton conclut que l'on rencontre des adhérences

40 fois pour 100 environ ; sa statistique porte sur 57 cas d'ulcère, dont 22 étaient accompagnés d'adhérences.

Siège. — Le même auteur fait encore remarquer que les adhérences s'établissent le plus souvent entre l'estomac et les organes qui sont directement en rapport avec lui : sur les deux cas qu'il a étudiés, il y avait 15 fois des adhérences du pancréas, avec la petite courbure et la face postérieure; 5 fois des adhérences du foie avec la petite courbure et le pylore, 1 fois avec la rate, 1 fois avec le mésentère.

Les adhérences semblent affectionner certaines parties de l'estomac, et si on retrouve souvent des adhérences partant de la petite courbure, de la région pylorique ou de la face postérieure, c'est que ces différents points sont le siège le plus fréquent de l'ulcère. Mais il y a plus : d'après Brinton les ulcères siégeant en ces régions s'accompagnent plus souvent de périgastrite que les ulcères de la paroi antérieure; on trouve rarement des adhérences dans ces derniers cas, et quand elles existent, ce ne sont jamais des adhérences intimes, mais le plus souvent de simples filaments plus ou moins allongés et très friables, si bien qu'ils peuvent se déchirer au moindre mouvement et au moindre choc, comme ceux qui résultent de la toux et de l'éternuement quand l'estomac est en même temps quelque peu distendu. (Brinton).

Et cet auteur ajoute que cela tient au mouvement continuels auquel est soumise la paroi antérieure de l'estomac, par suite du péristaltisme exagéré sur cette face, et sur la grande courbure, des mouvements

d'abaissement dus au poids des aliments ingérés, du retour à la situation primitive quand l'estomac s'est vidé. L'immobilité relative dans laquelle se trouvent certaines parties de l'estomac, petite courbure, cardia, pylore, fait que des adhérences intimes et solides peuvent plus facilement s'y former. Quoiqu'il en soit, les observations que nous publions pourraient nous autoriser à protester contre cette dernière assertion. Dans l'un des cas qui ont été opérés, nous avons trouvé des adhérences intimes entre la paroi antérieure de l'estomac et la paroi abdominale, il existait 2 à 3 nappes superposées d'adhérences qui se sont clivées facilement. Indépendamment de ces adhérences intimes, il existe également, ou plutôt isolément :

1^o Des adhérences celluleuses, minces et lâches. C'est le cas le plus bénin ; ces adhérences en effet, par suite de leur constitution n'auront pas en général, des conséquences graves : car elles se laissent distendre, et ne gênent que peu ou pas les mouvements de l'estomac ; elles ne se traduisent le plus souvent sur le vivant par aucun signe et peuvent passer totalement inaperçues.

2^o Des adhérences fibreuses, filamenteuses ou membraneuses allongées ; ce sont des cas qui peuvent présenter des complications graves par suite de leur situation entre l'estomac et un viscère plus ou moins éloigné ; il peut se produire des phénomènes de compression par ces brides fibreuses : soit du côté de l'intestin, étranglement interne, soit du côté du canal

cholédoque, de la vésicule biliaire (ascite, œdème, ictère, etc.)

Structure. — Au point de vue de la structure, il faut également considérer les adhérences récentes et les adhérences anciennes : tandis que les premières seront formées par un exsudat fibrineux, des fausses membranes friables, en voie d'organisation ; les adhérences anciennes, au contraire, seront fibreuses, d'autant plus résistantes qu'elles dateront de plus longtemps. Au moment où la transformation en tissu fibreux sera complète, leur constitution sera définitive. Et alors les adhérences seront formées par du tissu conjonctif plus ou moins dense dans lequel circuleront des vaisseaux sanguins de calibre variable, des vaisseaux lymphatiques. Virchow dit y avoir trouvé des nerfs (Dupouy).

CHAPITRE III

Tableau clinique

En général, ce sera à la période terminale de l'évolution d'un ulcère gastrique, qu'il sera donné d'observer la périgastrite, qu'il y ait eu ou non formation d'un abcès péritonéal enkysté.

Depuis plus ou moins longtemps, l'ulcère avait évolué avec ses signes habituels ou sous une des formes cliniques, qu'on lui a décrites, forme hémorragique, forme gastralgique, vomitive, cachectique ou dyspeptique, quand on voit apparaître quelques manifestations anormales, ou se modifier dans leurs allures, sans raison apparente, les symptômes qu'on avait jusqu'alors observés. Si l'on n'a pas assisté au début où à la période d'état de l'affection, il sera aisé par l'interrogatoire et les anamnétiques de reconstituer l'histoire pathologique qui a précédé.

Nous pouvons éliminer de notre description, comme nous l'avons déjà dit, les cas de périgastrite plastique avec adhérences à la paroi abdominale

postérieure, laquelle serait, dit-on, reconnaissable à une douleur lombaire profonde, parfois plus pénible dans le décubitus horizontal, que dans la station debout ou assise. De même, les adhérences au foie provoqueraient la douleur de l'hypochondre et de l'épaule du côté droit. Des adhérences au colon transverse, se révéleraient par une douleur précédant et suivant la défécation.

Il est utile de connaître ces particularités qui peuvent à l'occasion servir à confirmer un diagnostic douteux de périgastrite plastique antérieure que nous voulons surtout étudier.

Quelques auteurs, comme Boas et Leube ont bien noté un des caractères principaux du syndrome clinique à savoir, l'extrême variabilité dans les caractères de ses manifestations. Mais loin d'y voir, comme eux une difficulté pour le diagnostic, nous serions tenté d'en faire un élément de présomption, presque un élément certain pour pouvoir affirmer dans beaucoup de cas la périgastrite, quand d'autres signes objectifs manquent ou sont à peine ébauchés.

Les douleurs et les vomissements qui sont les deux troubles subjectifs et fonctionnels les plus constants, ne sont soumis à aucune règle.

Douleurs. — Les douleurs épigastriques surviennent n'importe quand, à toute heure du jour et de la nuit, à des intervalles éloignés ou rapprochés des repas. Elles sont indépendantes de la nature des ingesta, mise à part, bien entendu, la qualité solide ou liquide de ces ingesta. Les liquides sont, natu-

rellement, mieux tolérés. Elles ne sont ni exagérées, ni calmées d'une façon constante par l'absorption d'aliments. La sédation marquée des phénomènes douloureux de l'ulcère qu'on observe d'ordinaire, si le malade est soumis à un régime sévère, n'est plus observée ici d'une façon régulière et fixe.

Le changement de position du corps ne les modifie pas non plus sensiblement. Elles apparaissent au lit et dans la position assise ou debout indistinctement et parfois alternativement. Cependant, certains malades affectent de préférence une position recroquevillée de flexion du tronc en avant, peu accusée toutefois, qui paraît agir par le relâchement musculaire de la paroi abdominale, et, par cet intermédiaire, celui des adhérences péritonéales à cette paroi.

Inversement, cette douleur s'exagère dans certains mouvements, notamment ceux de renversement du corps en arrière. Voilà pourquoi, instinctivement, les malades marchent le plus souvent légèrement courbés en avant.

M. Tournier attache une assez grande importance à cette particularité dans l'attitude.

Nous arguons de cette variabilité de la douleur pour contredire à l'assertion de Hale White qui prétend que l'ingestion alimentaire est sans effet sur la douleur.

Nous tombons, au contraire, d'accord avec lui pour faire de la constance et de la longue durée de cette douleur, un signe de grande valeur. Ce signe prend encore plus d'importance si on peut observer des paroxysmes, lesquels, d'ailleurs, sont assez irréguliers

et inconstants. Ces paroxysmes ne sont pas en rapport avec un écart de régime ; en tout cas, ils sont avec lui hors de proportion. Ils apparaissent, en effet, même si un régime rigoureux a été institué et bien suivi. Il s'agit d'une nouvelle poussée de péritonite plastique qui débute par une douleur brusque, sous forme de point de côté avec irradiations. Chez la malade de l'observation III, ce point douloureux était localisé sous le mamelon gauche à une certaine période, et les irradiations vers l'épigastre et l'hypocondre droit étaient tellement vives qu'un médecin non prévenu avait pensé à une crise de coliques hépatiques et qu'il avait dû recourir à des injections de morphine répétées.

Tout aussi bien, on aurait pu penser à une douleur thoracique d'origine pleurale, d'autant plus qu'il n'est pas rare de constater des frottements à la base en avant, vers l'espace de Traube.

En dehors de ces paroxysmes, l'intensité de la douleur est, sauf dans les cas de névropathie surajoutée, beaucoup moins vive que dans l'ulcère. Ce sont des sensations pénibles de pesanteur ou de constriction à l'épigastre, des douleurs sourdes, profondes, s'accusant non seulement après les repas, au moment du péristaltisme stomacal, mais encore à des heures éloignées des repas, et d'ailleurs excessivement variables.

Westphalen et Ficke attachent une grande importance à deux autres caractères : c'est d'abord la persistance des douleurs malgré un traitement approprié consistant surtout en hautes doses de sous-

nitrate de bismuth ou dans l'administration de nitrate d'argent ; en second lieu, c'est l'absence de toute amélioration prévue, par un traitement mécanique de l'estomac, lorsqu'un trouble de la motilité indique ce traitement.

Les douleurs peuvent siéger sur toute la région épigastrique ; mais elles se localisent surtout à gauche et en haut, au voisinage du rebord costal. Elles peuvent irradier dans la poitrine, dans le dos. même dans la région cervicale. Nous ne tenons pas compte, bien entendu, de quelques autres irradiations éloignées qu'accusent certains malades, surtout des femmes, quand elles sont devenues névropathes. — A la pression, toute la zone épigastrique est sensible, surtout à gauche sous le rebord costal ; mais cette hyperesthésie provoquée est beaucoup plus atténuée que quand il s'agit d'un ulcère en voie d'évolution. D'ailleurs le caractère transfixant manque ou n'est qu'esquissé.

Vomissements. — Tous les caractères de variabilité, d'inconstance, de rémission et de paroxysmes, d'irrégularité que nous avons notés pour les phénomènes douloureux, sont également applicables pour les vomissements. Leur particularité est d'être, d'une façon à peu près constante, très rarement alimentaires. Le plus souvent, ce sont des vomissements d'eau acide, claire, ou troublée seulement par du mucus ou des glaires provenant du catarrhe gastrique qui accompagne ordinairement les vieux ulcères.

Les troubles de l'appétit sont très irréguliers. Dans quelques cas il est conservé jusqu'au bout,

sauf à la période de cachexie. En général, il est diminué, surtout si l'ingestion alimentaire exagère les sensations douloureuses. On n'observe pas une anorexie aussi intense, ni aussi constante que dans les néoplasmes, et il existe un contraste assez frappant parfois entre la conservation relative de l'appétit et l'état d'amaigrissement des malades, chez lesquels la périgastrite évolue depuis longtemps. Il sera, dans quelques circonstances, utile de tenir compte de ce contraste, quand on se trouvera trop embarrassé pour le diagnostic, quoiqu'il ne faille pas en faire une règle absolue.

En tout cas, on n'observe que très exceptionnellement le dégoût spécial pour les aliments azotés et les graisses.

Dans quelques observations, on a signalé de véritables accès de boulimie, comme dans l'hypersécrétion.

Quant aux troubles de la motilité de l'estomac qu'on s'est complu à exagérer et à décrire, en partant d'un principe rationnel, ils ne sont pas si manifestes qu'ils frappent l'observateur. Ils sont, au contraire, peu bruyants et n'éveillent pas spécialement l'attention. Que la période digestive soit plus prolongée que normalement, qu'il existe du clapotage stomacal plus ou moins tardif, nous n'y contredisons pas, mais que la stagnation des aliments soit assez accusée pour permettre de retirer des aliments par la sonde le matin, qu'il existe du péristaltisme apparent et douloureux et du clapotage le matin à jeun, des vomissements copieux, ce ne peut être qu'exceptionnel dans

la périgastrite simple. Et en analysant attentivement beaucoup d'observations où de pareils signes de stase ont été signalés, il nous a été facile de voir qu'elles sont en rapport avec une sténose pylorique, que cette sténose elle-même dépend d'une bride enserrant plus ou moins complètement le pylore, ou du tissu cicatriciel ayant pris la place d'un ancien ulcus prépylorique ou pylorique.

Le tableau clinique de la périgastrite adhésive a donc été mal à propos chargé de troubles qui ne lui appartiennent pas.

Malgré leur allure spéciale, les troubles fonctionnels de l'estomac et les troubles subjectifs éprouvés par le malade permettront seulement de soupçonner l'évolution d'une symphyse gastrique. Pour l'affirmer presque sûrement, il faut, en outre, des signes objectifs, et ceux-ci parfois peuvent passer inaperçus, si on ne les recherche attentivement.

Indépendamment de la sensibilité diffuse de la région épigastrique réveillée et surtout exagérée par la pression, il est presque constant que la palpation de la région révèle des lésions à localisation et d'étendue variable suivant le siège et les dimensions de l'ulcère lui-même, suivant aussi l'intensité de l'inflammation et la position de l'estomac.

Quand on explore la région épigastrique et qu'on a déprimé la paroi sous le rebord costal, on éprouve, dans certains cas, une résistance insolite, et on perçoit une sensation d'induration mal limitée, diffuse, mate, à sensibilité plus vive, et, toutes proportions gardées, nous comparerions assez volontiers

cette sensation à celle qu'on éprouve parfois, au palper de la région hypogastrique dans certains cas de pelvi-péritonite bacillaire et péricystite de même nature. C'est une sorte de plastron, de blindage plaqué derrière la paroi. Cette sensation est d'autant plus facile à obtenir que la paroi est le plus souvent amaigrie et aisément refoulable.

En même temps ou isolément, il n'est pas rare, lorsqu'on pratique un examen peu de temps après une poussée récente, de percevoir des frottements très localisés, ressemblant à une sorte de cri à l'auscultation, surtout dans les grands mouvements respiratoires.

D'autres fois, la région épigastrique apparaît uniformément tendue, soulevée et rénitente. C'est qu'alors l'inflammation péritonéale de voisinage évolue d'une façon subaiguë, capable de produire un épanchement, prédominant dans la région sus-ombilicale et à gauche, mais pouvant également envahir le péritoine sous-hépatique. C'est une ascite cloisonnée par des adhérences membraneuses tendues en différents plans entre le péritoine stomacal et le péritoine pariétal. C'est cette péritonite enkystée qui donne à l'œil cette impression de soulèvement et au doigt la rénitence habituelle. Les adhérences sont trop nombreuses, trop serrées, pour permettre la production du flot. Pour quelqu'un non prévenu l'idée d'une péritonite bacillaire vient immédiatement à l'esprit, surtout si on ne prend pas soin de s'éclairer par l'interrogatoire du malade.

Enfin, la périgastrite pourra apparaître sous la

forme d'une tumeur. Ce ne sont évidemment pas les adhérences seules qui constituent cette tumeur. Celle-ci est en grande partie due au néoplasme inflammatoire constitué à la périphérie d'un vieil ulcère de la paroi antérieure de l'estomac. Les adhérences servent de capsule à cette masse et la rendent plus aisément perceptible, en la maintenant en quelque sorte appliquée étroitement contre la paroi abdominale. Cette impression de tumeur n'existait pas dans le cas que nous rapportons, à cause du siège de l'ulcère, au niveau de la petite courbure. Il s'était étroitement soudé à la face inférieure du foie qui lui servait de plafond.

Que l'existence d'une pareille tumeur coïncide — et c'est un fait d'observation plusieurs fois relaté — avec un amaigrissement considérable, un aspect cachectique, de l'œdème des membres inférieurs, une décoloration sanguine excessive, dépendant d'une déglobulisation progressive, et on a rapidement fait le diagnostic qui s'impose au premier abord : celui du cancer. C'était presque obligatoire à une époque où le syndrome de la périgastrite n'était pas même ébauché dans sa description.

Le chimisme gastrique, dans la péritonite adhésive, est modifié. Quoiqu'on ait fréquemment affirmé le contraire, l'hyperacidité existe toujours ; ce qui a prêté à l'erreur, c'est qu'il arrive parfois, quand l'émaciation est très prononcée, ou au cours d'une diète imposée ou non, que le chimisme stomacal pratiqué dans ces conditions donne, en effet, de l'hypoacidité. Mais, si on met le malade dans des

conditions convenables pour lui permettre de récupérer ses chlorures, on trouvera inévitablement de l'hyperchlorhydrie, dont l'intensité est d'ailleurs variable. Chez une de nos malades l'acidité totale atteignait 3,2. L'hyperchlorhydrie, dans la périgastrite, est plus tardive et n'a pas la netteté, la rapidité de l'hyperchlorhydrie de l'ulcère de l'estomac.

Il serait un moyen qui, à lui seul, serait d'un grand secours pour reconnaître une symphyse gastrique plus ou moins avancée. Mais nous ne l'avons jamais employé et nous ne le mentionnerons que pour le déconseiller absolument. Nous voulons parler de l'insufflation de l'estomac.

Les limites à la distension en certains points anormaux, les irrégularités de celle-ci permettraient souvent de lever les doutes qu'on peut avoir parfois, et il ne resterait plus qu'à faire la pathogénie des adhérences qui sont en cause. Malheureusement, ce procédé d'investigation ne serait pas toujours inoffensif en cas d'ulcère. Il n'est pas assez exempt de dangers, pour entrer dans la pratique, et il vaut mieux s'en passer que de s'exposer à produire des ruptures d'adhérences récentes, faibles et fragiles.

Pour Ewald, le meilleur moyen de diagnostic de la périgastrite adhésive, est l'éclairage électrique de l'estomac du malade, qui permet de voir le déplacement et la déformation de l'organe.

M. Tournier n'en est pas partisan et ne l'emploie pas, l'estimant insuffisant. Du reste, il exige une expérience déjà longue, et n'est à la portée que d'un petit nombre,

On conçoit qu'un pareil ensemble de troubles subjectifs ou fonctionnels, s'il dure depuis de longues années, ne va pas sans un état général médiocre, souvent mauvais, parfois assez grave, pour donner le change, et faire croire à un cancer gastrique.

C'est l'état général de toutes les cachexies prolongées, avec amaigrissement, œdèmes, teint jaune paille, etc.

Un autre phénomène général que nous avons passé sous silence jusqu'à présent, c'est l'état fébrile qui se manifeste au moment de chaque nouvelle poussée de périgastrite. Ce mouvement fébrile n'est pas, en général, très accusé : la température oscille, pendant plusieurs jours, entre 38° et 38°5; mais il est presque constant.

Il peut passer inaperçu si l'on n'étudie que les manifestations générales qui l'accompagnent, car ces manifestations peuvent se perdre au milieu du syndrome qu'on a habituellement sous les yeux.

Il est donc prudent d'observer la température, quand on s'aperçoit d'une exagération des malaises ressentis par les malades.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC.

La périgastrite n'est pas une complication fatale de l'ulcère. Un ulcère de petites dimensions, peu profond, n'y donne généralement pas lieu. Les ulcères larges, au contraire, à tendances térébrantes, occasionnent assez fréquemment le processus de la péritonite adhésive.

C'est, en général, à la fin de la période d'état, quand l'ulcus est devenu presque superficiel, que ce processus débute.

La localisation, comme nous l'avons vu, varie avec celle de l'ulcère qui lui donne naissance.

Dans les cas que nous avons réunis, la lésion causale siégeant à la petite courbure en débordant sur la face antérieure, les adhérences s'étendaient sur toute la surface de celle-ci et constituaient une véritable symphyse gastro-abdominale. Il faut subordonner le rôle de ces adhérences au mode évolutif de l'ulcère.

Si celui-ci rétrocede, la périgastrite reste comme une véritable complication, créant un syndrome nouveau qu'on aura à combattre.

Il faut se féliciter, au contraire, de la précocité de son apparition, permettant la transformation de l'exsudat fibrineux et des fausses membranes friables en tissu fibreux organisé, si, malgré le traitement institué, et encore bien plus s'il n'en a été fait aucun, toute la paroi stomacale se trouve désorganisée au niveau de l'ulcus, et qu'une perforation se produise. La péritonite septique généralisée sera ainsi prévenue naturellement, et tout se bornera à la formation d'un abcès enkysté banal, d'un pronostic relativement bénin, quoiqu'il crée des fistules gastro-cutanées, parfois assez longues à se fermer.

Malheureusement, cette fistule fermée, les adhérences persistent, encore plus solides qu'auparavant, entretenues, qu'elles ont été, par la suppuration prolongée du voisinage.

Au point de vue de l'évolution, il faut donc tenir peu compte de l'existence antérieure d'un abcès. Celui-ci ne fait que prolonger, sans l'aggraver beaucoup, la situation qui existait auparavant.

Il en sera de même pour le pronostic. Ce qui importe surtout, c'est l'état actuel de l'ulcère.

Est-il complètement cicatrisé ?

Est-il seulement latent, et en imminence d'une nouvelle éclosion, sous l'influence d'écarts de régime, par exemple, ou sous d'autres influences assez mal définies, que nous connaissons mal.

Telles seront surtout les questions qu'on aura à se poser.

Si l'ulcère est guéri définitivement, ou du moins actuellement, les manifestations de la périgastrite seront telles que nous les avons décrites, avec leur variabilité, leurs oscillations infinies dans leur intensité, leur mode d'apparition, leurs différents caractères en général. Evolution lente, assez insidieuse au début, toujours chronique, avec de petites poussées subaiguës, quand il se fait des réactions péritonéales nouvelles un peu plus vives. Quand le plastron péritonéal sera entièrement constitué, ce qui correspond à une complète cicatrisation de l'ulcère, le syndrome de la périgastrite sera également créé définitivement, menant le malade à une cachexie progressive souvent fatale, en tout cas irrémédiable par les moyens exclusivement médicaux, et justiciable seulement d'une intervention chirurgicale, qui pourra reculer le dénouement fatal ou le prévenir.

Dans un autre ordre de cas si l'ulcère n'est pas

tout à fait guéri, quand apparaîtra la péri-gastrite, le tableau symptomatique de celle-ci en sera peu troublé ; seules quelques complications propres à l'ulcère, telles que l'hématémèse, pourraient venir assombrir le pronostic. Dans ce cas particulier, il faudra renoncer, bien entendu, à toute idée d'intervention, tant qu'on ne sera pas sûr de la cicatrisation de la lésion primitive.

Enfin, dernière éventualité à prévoir, après un traitement chirurgical de la péri-gastrite, que l'ulcère reparte ou non, la récurrence est à craindre, et on se trouve ramené au point de départ. Malgré les heureux résultats publiés, notamment par Marion dans sa thèse, il faut faire un pronostic réservé pour l'avenir. D'autant plus que les adhérences gastro-abdominales antérieures sont plus sujettes, de par leur étendue, à des récurrences, et qu'elles sont, pour le même motif, beaucoup plus difficiles à traiter qu'une simple bride. Et quand on a réussi à les détruire, en entier, on laisse, sans qu'on ait trouvé jusqu'à présent moyen d'y remédier convenablement, une large surface cruentée, dépourvue de membrane endothéliale mettant obstacle à une nouvelle symphyse.

Sans compter que, par la suite, de nouveaux tractus peuvent se développer dans le voisinage, coudant le colon, tiraillant le diaphragme, se fixant au foie ou à la rate, ou intéressant des organes tels que la veine porte et le cholédoque.

Cliniquement, on peut dire, que toute péri-gastrite qui provoque un amaigrissement considérable est d'un pronostic sérieux, la mort pouvant en être la

conséquence, à une échéance d'autant moins éloignée que l'émaciation est plus rapide.

Au contraire, dans une périgastrite qui ne se traduit que par quelques symptômes peu accentués : faibles douleurs, peu ou pas de vomissements, conservation de l'embonpoint, peut permettre de longues années de survie, et on pourrait dire que c'est une infirmité, plutôt qu'une maladie.

En outre, les douleurs continues de la périgastrite, peuvent, dans certains cas, rendre le malade hypocondriaque, et lui créer des manifestations neurasthéniques assez graves pour laisser la périgastrite à l'arrière-plan dans le tableau symptomatique.

Faisons remarquer que certaines des conditions qui rendent le pronostic favorable, quand l'ulcère est guéri, l'aggravent au contraire, comme nous l'avons dit, quand l'ulcère est en pleine évolution ; les adhérences intimes, abondantes et solides, amènent en général des troubles sérieux après l'ulcère ; ce sont elles, au contraire, qui ont le plus de chances de limiter la suppuration dans le cas de perforation de l'estomac.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic de la périgastrite est très facile, il est même évident quand la perforation a existé.

Si, au contraire, il n'y a pas eu de perforation, ce diagnostic est difficile.

On a d'abord, à se poser une question importante : quand peut-on dire qu'un ulcère s'est compliqué de périgastrite. Quels signes permettront de soupçonner cette complication ? Nous croyons qu'on sera autorisé à le faire lorsque, au cours de l'évolution d'un ulcère, quelle que soit cette période, on constatera, sur un point de la région épigastrique, une zone indurée, mate, plus sensible au palper, ou bien des frottements vers le rebord costal gauche. Que ces signes, en outre, coïncident avec une transformation dans les caractères des douleurs et des vomissements, que le régime et le traitement institués n'aient pas été suivis de l'amélioration qu'on est

en droit d'en attendre, alors il sera permis de penser à un processus surajouté de péritonite adhésive.

Pour le diagnostic différentiel des différentes affections qui peuvent simuler plus ou moins la péri-gastrite, il faudra se guider sur l'âge du malade, l'anamnèse, l'extrême variabilité des troubles subjectifs et fonctionnels, l'examen du suc gastrique, les signes locaux, la durée et l'évolution lente de la complication.

Cancer de l'estomac. — Le cancer gastrique est l'affection qui a été confondue le plus souvent avec la péri-gastrite.

Mais, dans celle-ci, il y a ou il y a eu de la fièvre, la tuméfaction est plus diffuse, souvent largement adhérente à la paroi abdominale, et surtout, presque d'emblée, on sent quelquefois des frottements.

Nous ne devons pas dissimuler toutefois, que les difficultés sont parfois extrêmement grandes. La cachexie et les phénomènes qui l'accompagnent peuvent se rencontrer dans les deux affections.

L'adénopathie sus-claviculaire même, ne peut trancher définitivement la question, puisqu'au dire de Troisier lui-même, cette adénopathie a été constatée dans le cours de péri-gastrites d'origine ulcéreuse.

Les difficultés seront encore augmentées dans les cas de néoplasme de l'estomac s'accompagnant de péri-gastrite. Le diagnostic de la complication pourra être fait. Restera à établir celui de sa pathogénie.

C'est alors qu'on aura besoin surtout de fouiller

l'histoire clinique du malade, de s'éclairer des données du chimisme stomacal, en évitant les causes d'erreur qui peuvent le modifier.

L'hématologie pourrait-elle aider à résoudre la question dans les cas difficiles? Nous n'y avons pas eu recours, et nous ne pensons pas que les résultats qu'elle peut donner, puissent, de façon sûre, servir de critérium et influencer en quoique ce soit le diagnostic. Il n'est pas possible d'établir une formule leucocytaire à peu près invariable, permettant de trancher la question entre l'ulcère et le cancer, s'accompagnant de périgastrite.

L'oscillation de cette formule se fait sans de trop grandes limites et sous l'influence de trop nombreuses circonstances, pour qu'on puisse en tirer parti très utilement.

Péritonique tuberculeuse. — La péritonite tuberculeuse limitée à la région épigastrique, que cette péritonite soit primitive ou sous la dépendance de la migration d'un abcès froid des côtes ou du rachis, ne peut égarer le diagnostic qu'à un examen superficiel. D'abord, cette localisation unique est extrêmement rare, sinon, comme nous venons de le dire, dans les cas où un abcès froid vient aboutir en ce point, en s'entourant d'une coque épaisse de péritonite de même nature qui masque la fluctuation. Le plus souvent, le péritoine avoisinant, sur une plus ou moins grande étendue, est intéressé ou le sera tôt ou tard. L'entérite primitive et la pleurésie secondaire ne manquent presque jamais quand les

lésions tuberculeuses ont envahi le péritoine sus-ombilical.

Nous croyons utile d'attirer l'attention, en passant, sur la périgastrite coexistant avec des symphyses polyviscérales, d'origine tuberculeuse ou paratuberculeuse. Ce sont souvent des surprises d'autopsie. Le point de départ est une lésion pulmonaire spécifique, parfois cicatrisée. L'inflammation de voisinage a frappé les plèvres médiastine et diaphragmatique, puis, suivant une marche descendante, le péritoine hépatique ou stomacal, parfois les deux, à des degrés d'ailleurs variables. Les troubles gastriques qui en résultent dans ce dernier cas, peuvent, ou bien passer au second plan, ou bien être attribués à une tout autre cause qu'à de la péritonite plastique, d'autant plus que celle-ci a, en général, une allure très lente, sans paroxysmes bruyants.

Ulcération gastrique tuberculeuse. — Elle peut, comme l'a démontré Marfan, dans sa thèse, s'accompagner de réaction péritonéale; mais cette réaction est si insignifiante, qu'elle passe en général inaperçue. D'ailleurs, l'ulcère tuberculeux n'a été rencontré que chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire et presque toujours de tuberculose intestinale, plus avancée dans son évolution que celle de l'estomac.

Syphilis gastrique. — On devra y penser dans quelques cas.

Les observations cliniques rapportées par Andral,

Fournier, Dieulafoy démontrent qu'on peut avoir à se poser la question du diagnostic différentiel. Hématémèse, vomissements, douleurs en broche peuvent faire partie du syndrome. Plaque indurée épigastrique plus ou moins limitée, sensibilité de la région, troubles gastriques, amaigrissement, cachexie ont été notés dans quelques cas. Nous avons donc, réunis, les symptômes de l'ulcère et de la périgastrite avec le même polymorphisme.

Evidemment, le moyen le plus prompt ici de sortir d'embarras, ce sera de faire une enquête sérieuse au sujet de la syphilis. En tout cas, dans le doute, il serait permis d'instituer un traitement antisypilitique, qui servira de pierre de touche, et permettra parfois d'éviter de livrer au chirurgien un malade atteint d'une affection qui, rebelle aux moyens médicaux vulgaires, guérit presque sûrement si on s'adresse au traitement spécifique. On peut, d'ailleurs, observer une concomitance de la syphilis et de la périgastrite ulcéreuse, comme chez la malade de l'observation I. Le traitement spécifique fut essayé sans résultat.

Dyspepsie nerveuse. — Il est une autre affection à laquelle il faudra penser dans certaines circonstances. Il n'est pas rare, en effet, que l'ulcère, comme toutes les affections douloureuses, soit suivi après sa guérison, de phénomènes névropathiques. Dans le cas particulier, on aura donc parfois à observer des troubles simulant la dyspepsie nerveuse, surtout s'il s'agit de femmes qui sont, de par leur hérédité ou leur passé

pathologique, d'autant plus sujettes à cette complication. Bien plus, on assistera parfois à une véritable association morbide, dont les manifestations tiendront à la fois de la dyspepsie nerveuse et de la périgastrite ; dans ce dernier cas, il sera relativement aisé de faire la part de ce qui revient à la névropathie, d'un côté, et à la périgastrite de l'autre. Dans le premier cas, au contraire, si l'on n'a pas une périgastrite bien nettement constituée avec des signes objectifs visibles et palpables, les troubles fonctionnels pourront rappeler ceux de la dyspepsie nerveuse. Toutefois, celle-ci a le plus souvent une étiologie bien spéciale : des traumatismes physiques ou moraux, des émotions fortes, des passions dépressives, des préoccupations d'affaires, les soucis, la tristesse habituelle en sont les causes plus communes. Pendant l'accès dyspeptique on observe d'autres signes de perturbations fonctionnelles du système nerveux. Beaucoup de malades ont des bouffées de chaleur au visage, de la torpeur cérébrale, de l'inaptitude au travail intellectuel, des palpitations, une sensation de lassitude générale, une répugnance marquée pour toute activité physique (Bouveret).

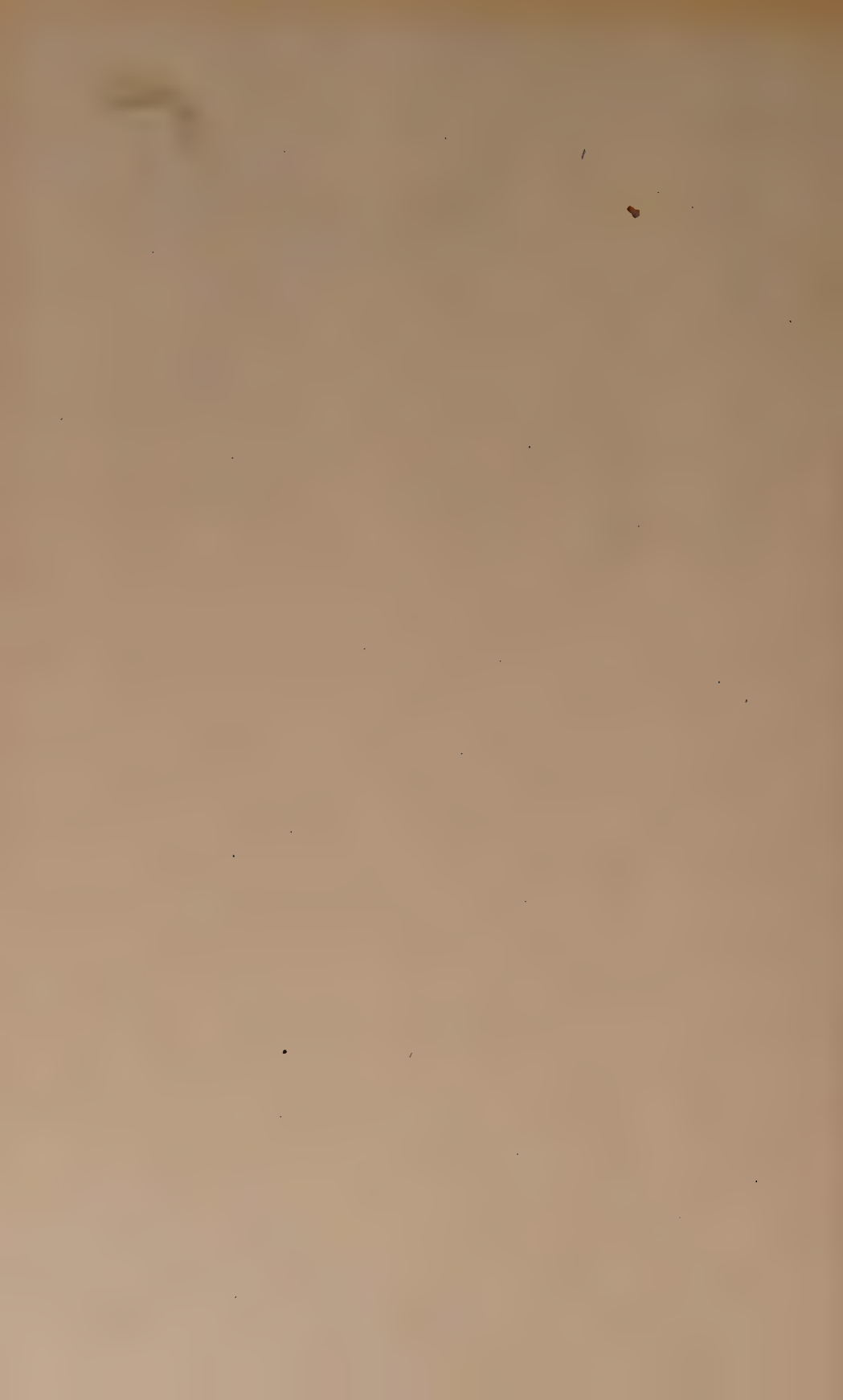
La dyspepsie nerveuse n'intéresse pas seulement l'estomac, elle trouble aussi la fonction de l'intestin. Pendant l'accès dyspeptique, le météorisme s'étend de l'épigastre aux régions inférieures de l'abdomen. L'expulsion des gaz par l'anus produit comme l'éruclation, qu'il n'est pas de règle d'observer dans la périgastrite, la diminution des malaises abdominaux.

Il existe des points douloureux abdominaux.

La sécrétion est, en général, diminuée.

Enfin, on signale généralement, comme complications, l'écasie gastrique, l'entéroptose, la colite muco-membraneuse qu'on ne s'attend généralement pas à rencontrer chez des malades guéris ou en voie de guérison d'un ulcère et chez lesquels commence à évoluer la périgastrite.

On n'oubliera pas surtout de prendre en sérieuse considération les commémoratifs d'ulcus.



CHAPITRE V

Traitement

C'est sur l'importance des troubles causés par les adhérences qu'il faudra baser le traitement de celles-ci.

Sont-elles peu étendues, n'occasionnant que peu de malaises subjectifs, sans trouble sérieux de la digestion, et soupçonne-t-on une cicatrisation à peu près complète de l'ulcère, on pourra se contenter d'un traitement médical, et à la rigueur, une thérapeutique diététique pourra suffire.

Ils sont nombreux les malades qui, guéris d'un ulcère de l'estomac, ont une péri-gastrite légère, sans en être incommodés, au point de nécessiter une intervention.

Si, toutefois, malgré le traitement médical, les malaises persistent ou s'exagèrent, il faudra recourir à la destruction des adhérences, et ne pas vouloir, quand même, poursuivre à outrance une thérapeutique exclusivement médicale, qui reste illusoire.

Que ce soit donc à la suite d'une laparotomie exploratrice, ou d'une erreur de diagnostic, ou en connaissance de cause qu'on ait à traiter des adhérences, c'est à la libération qu'il faudra recourir, dans ces cas, et dans ceux où les adhérences sont plus étendues et causent des troubles graves. Le mode d'intervention suivi jusqu'à présent, n'a pas varié dans ses grandes lignes. Les différences de la technique employée n'ont porté que sur les détails, et sont basées, soit sur l'étendue et la répartition des adhérences, soit sur les lésions concomitantes.

Les résultats obtenus ont été publiés dans les thèses de Marion et de Dupouy, et celle de Bouquet de Jolinière.

Loreta, Mayo Robson, Terrier, Walther, Jaboulay, Norden, s'étaient contentés de sectionner les adhérences. Billroth, Krogius, Klaussner, complétèrent cette destruction par la résection de la partie adhérente de la paroi stomacale. Une fois, Doyen lit en même temps la gastro-entéro-anastomose.

Quant aux résultats fonctionnels, ils ont été excellents, sauf dans deux cas : ceux de Loreta et de Jaboulay. La malade opérée par Loreta, après avoir eu une période de bien être, fut reprise, quelque temps après, de nouveaux troubles. Le malade de Jaboulay fut, en partie, amélioré, mais il n'y eut pas disparition totale des troubles qui avaient poussé à l'opération.

Deux cas de Hahn et de Lauenstein ont été rapportés par Haweback. La femme de Hahn souffrait depuis quinze ans, et a été radicalement guérie, par

une intervention chirurgicale ; il en a été de même de la femme de Lauenstein. Dans une première opération, ce chirurgien avait laissé quelques adhérences ; dans une seconde, il les sectionna toutes. Or, tandis que la première opération assura simplement une amélioration, la seconde fut, au contraire, suivie de guérison complète.

Dans le cas personnel rapporté par Dupouy, on n'a obtenu qu'une amélioration, mais cela s'explique, car Faure, qui opéra le malade, avait conservé un paquet d'adhérences, correspondant au point où siégeait l'ulcère. La section complète fut pratiquée plus tard, et les douleurs que le malade ressentait diminuèrent beaucoup.

Eiselberg a constaté qu'un malade de Billroth se portait bien six ans après l'opération. Un des opérés de Terrier et de Guelliot (de Nancy), continuaient à bien digérer un an après l'intervention. Championnière dit aussi que son malade a guéri d'une façon définitive. Hale White a publié récemment (*Lancet*, 1901) les résultats de cinq interventions pour péri-gastrite. Il n'eut de guérison complète que dans un seul cas et une amélioration seulement. Chez le malade opéré par M. Vallas, il y a eu une amélioration manifeste six mois après la libération complète des adhérences ; les douleurs étaient insignifiantes et les troubles gastriques seuls persistaient, quoique bien diminués.

Pour expliquer l'écart signalé dans la plupart des résultats obtenus, soit par des chirurgiens différents,

soit par le même chirurgien il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte plusieurs facteurs.

Il faut d'abord éloigner l'idée que la persistance des douleurs, par exemple, tienne à des adhérences au foie ou au pancréas, laissées en place, volontairement d'ailleurs, puisqu'il est contre indiqué de toucher à ces adhérences quand elles forment le fond d'un ulcère. Ces adhérences, sont, en effet, le plus souvent indolores ; ou en tout cas, n'occasionnent que des tiraillements insignifiants.

Le défaut ou l'insuffisance de l'amélioration tient dans quelques cas à une lésion concomitante, sténose pylorique (Jaboulay et Loreta), estomac biloculaire, comme chez une malade d'Hofmeister.

Il est bon aussi de rappeler qu'il peut exister deux ulcères, par conséquent deux sièges d'adhérences. Une exploration rapide ou malaisée peut en laisser échapper un.

D'autres fois, on n'obtient qu'une disparition ou qu'une atténuation partielle des accidents, de ceux qui étaient sous la dépendance de la périgastrite, parce que le malade ne suit consécutivement aucun régime dirigé dans un but thérapeutique, contre un ulcère qu'on suppose incomplètement guéri, ou dans un but préventif, si le malade conserve de l'hyperacidité continue ou progressive qui fasse craindre une nouvelle poussée. Il faut faire rentrer dans cette catégorie la plupart des cas, où les adhérences, récentes ou anciennes, étaient relativement discrètes et même intimes et étendues, et dont la libération a été complète. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable

à laquelle on se rattachera, lorsqu'on se trouvera en présence de malades dont on connaît les abus de régime, qui n'ont bénéficié par l'intervention que d'un soulagement restreint et momentané. A moins qu'on ne soupçonne une complication surajoutée, comme la sténose, l'état biloculaire de l'estomac.

A moins encore que les douleurs et les malaises endurés pendant plusieurs années pendant l'évolution de l'ulcère et la formation des adhérences, n'aient développé un état névropathique exagéré, et en partie irrémédiable par une simple laparotomie. Chez notre malade, nous n'avons pas à invoquer d'autres causes. Abus de boissons, abus alimentaires, ulcère mal éteint et prêt à repartir, il y a là de quoi amplement expliquer l'absence de guérison complète après l'opération, d'autant plus que l'examen local de la région épigastrique n'a pas permis de supposer une *Reproduction des adhérences*.

Dans une dernière série de faits il y a récidence à proprement parler. Il y a reproduction des adhérences, nouvelle soudure de l'estomac avec la paroi. Ces derniers faits prouvent que la destruction seule des adhérences ne suffit pas toujours à guérir les malades, et qu'il faut craindre leur reproduction. Comment parer à ces accidents ?

On comprend avec quelle facilité deux surfaces saignantes ou tout au moins dépolies comme le sont les surfaces péritonéale, pariétale et stomacale, une fois séparées, pourront s'accoler de nouveau; on ne comprend même pas comment cela n'a pas lieu plus souvent. Si donc, la section des brides longues,

minces pourra suffire, le décollement d'adhérences larges, risque de ne donner qu'une satisfaction temporaire. Il faut donc faire plus.

Mayo Robson prétend qu'il n'est pas difficile de prévenir la reproduction des adhérences, surtout quand celles-ci sont formées entre des organes, qui dans les conditions normales, sont éloignés l'un de l'autre. Il faudrait avoir soin pour cela d'arrêter toute hémorrhagie post-opératoire, de bien nettoyer, et sécher les surfaces cruentées.

Kelterborn, cité par Bouquet de Jolinière conseille de toucher ces surfaces cruentées avec le thermocautère. Condamin propose de les recouvrir d'une collerette péritonéale; deux moyens qui ne sont de mise que pour des adhérences partielles et limitées.

Dans un cas, l'onction à la vaseline iodoformée n'a donné à Guelliot aucun résultat. Par contre l'hépatopexie, éloignant le foie de l'estomac a paru éviter chez une de ses opérées le retour de la coalescence.

Klausner conseille la résection de la partie adhérente de l'estomac. Cette résection semble le procédé de choix, si l'on se trouve en présence d'adhérences larges, donnant lieu après leur libération à une vaste surface ulcérée trop considérable pour qu'on puisse pratiquer la péritonisation. D'autant plus qu'ainsi on enlèvera l'ulcère, cause des adhérences, qu'on pourra explorer l'estomac, et qu'enfin on supprimera un lieu de moindre résistance de la paroi qui pourrait se déchirer ultérieurement.

Mais, dans quelques cas, les connexions sont si

étendues qu'il ne faudra pas songer à la résection, on serait obligé d'enlever tout l'estomac. D'autre part, on aura à tenir compte du siège même de l'ulcère. Il en est de peu étendus, mais qui ne peuvent se prêter à l'exérèse par leur situation, leur soudure à des organes dont il serait folie de penser à les séparer, le foie par exemple.

Dans ce cas, il vaudrait mieux, comme Doyen y a eu recours une fois, pratiquer d'emblée la gastro-entéro-anastomose, après avoir mis à nu une certaine portion de la face antérieure de l'estomac. En effet, en présence d'adhérences aussi étendues, il serait préférable de n'en détruire qu'une partie, pour ne pas risquer de perforer l'estomac et ne pas risquer l'infection.

On ne doit pas se dissimuler toutefois que la gastro-entérostomie n'est pas facile dans les conditions où on l'entreprend, que son indication tirée du rétrécissement du pylore résultant des brides, se pose assez rarement, seulement lorsque ces adhérences ne peuvent être rompues, où si l'on estime la dilatation digitale insuffisante.

Dans les autres cas, il sera inutile de compliquer l'intervention, de faire courir de plus sérieux dangers au malade, et préférable d'abandonner s'il est nécessaire quelques adhérences. D'ailleurs, si la périgastrite doit récidiver, la gastro-entérostomie est incapable de prévenir cette récidue.

On devra aussi, par des opérations appropriées, remédier aux lésions secondaires. Loreta a fait une

fois la dilatation digitale du pylore, bridé par des adhérences.

On devra pratiquer la gastro-entéro-anastomose, si un ulcère prépylorique a causé une sténose cicatricielle du pylore.

Guelliot, chez ses opérées, a traité la dilatation de l'estomac, la ptose de cet organe et du colon, par la gastroplication, la gastropexie et la colopexie.

C'est après l'intervention que la thérapeutique médicale doit également reprendre ses droits. Pour n'être pas aussi rigoureux que s'il s'agissait d'un ulcère en pleine activité, le régime n'en devra pas moins être attentivement surveillé. Le traitement alcalin et une alimentation bien réglée, à la réapparition d'un syndrome hyperchlorhydrique menaçant, pourrait éviter bien des prétendues récidives et de nouvelles laparotomies.

Enfin, il est une catégorie de cas inopérables : ce sont ceux où les adhérences sont superposées, très épaisses, parcourues par des vaisseaux importants et forment une masse inséparable de l'ulcère. Quand, après la laparotomie, on a de pareilles lésions sous les yeux, il vaut mieux ne pas poursuivre l'intervention. Outre qu'on risquerait d'amener une perforation, on ne pourrait faire qu'une destruction partielle des adhérences et la récidive serait fatale. Mieux vaut alors s'en tenir à un traitement médical palliatif, qui sera au moins inoffensif pour le malade.

OBSERVATION I

(Registre 4, page 466).

(Due à l'obligeance de M. TOURNIER).

Mme Th... vue pour la première fois par M. Tournier, le 2 novembre 1900.

Femme âgée de 36 ans.

Pas d'antécédents héréditaires particuliers.

Rien de spécial non plus dans l'enfance.

A toujours été réglée un peu irrégulièrement.

Mariée à 25 ans. Pas d'enfants.

A toujours eu un peu de constipation et a toujours été un peu nerveuse.

Il y a deux ans, a eu une contrariété avec un de ses frères, trois mois après, début des phénomènes actuels, d'abord peu accentués, puis de plus en plus marqués et de plus en plus fréquents. Au début, les phénomènes ne survenaient que par périodes un peu espacées. En même temps, il existait une chute légère de la paupière supérieure droite, et quelques énervements dans les jambes. Les réflexes rotuliens sont conservés, mais la pupille droite est immobile. Hypoesthésie générale, quelques douleurs de tête nocturnes. La malade a quelques bruits d'oreilles. Elle a maigri de plus, de huit kilos, le sang est très pâle et on a un souffle vasculaire veineux au cou.

Se plaint d'essoufflement, l'examen des poumons reste négatif.

Depuis quelques semaines, elle souffre tout le temps. Au réveil, il existe de l'état saburral. Elle n'ose manger qu'une fois par jour, car tout aliment, même le lait, provoque une crise douloureuse. Celle-ci est plus ou moins précoce, ordinairement un peu tardive, mais très vive. La malade est obligée de se coucher et la région gastrique douloureuse est très sensible au moindre contact au moment des crises.

Accuse quelques chaleurs, quelques aigreurs, et se couche plus volontiers sur le dos.

On observe des vomissements alimentaires, mais ordinairement ce sont des crachotements de glaires et d'une eau acide. Sa crise se termine d'ordinaire brusquement.

Objectivement, la malade est extrêmement émaciée, le ventre plutôt excavé ; on a de la sensibilité épigastrique à la pression, sans provocation de douleur en broche. La malade, vue trois heures après le repas, n'a pas de clapotage.

Rein droit mobile.

Colon ascendant perçu en état de spasme. Forte constipation.

Rien d'utérin : stérilité cependant.

Le foie n'est pas perçu.

Pas de signes cardiaques.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Le lendemain, un repas d'essai est pratiqué : repas mixte de viande, pain et eau.

Au bout de 2 heures, on retire une bouillie liquide, mal liée, avec du mucus en quantité moyenne. Acidité totale = 2.920.

Réaction au vert brillant : vert jaune.

Réaction de Gunzbourg positive.

Des renseignements complémentaires apprennent que le mari, syphilitique, a communiqué la syphilis à sa femme il y a 10 ans.

Traitement institué : régime de repos de l'estomac, c'est-à-dire nutrition avec viande crue et lait exclusivement ; repas fréquents.

Bicarbonate de soude.

Au bout d'une dizaine de jours, si les troubles de l'estomac étaient calmés, la malade devait prendre de l'iodure et du fer.

24 novembre 1900. — Les régimes et les traitements ont été suivis d'une façon relativement incomplète, comme ils le furent, d'ailleurs, également par la suite. Cependant, pendant

quelques jours, la malade a été bien, elle a commencé l'iodure, Puis elle a souffert de nouveau et a pris la diarrhée.

Elle a cessé l'iodure, les douleurs ont persisté.

La malade ne peut manger, n'a pas faim. Dégoût pour les aliments prescrits. Soif vive.

Elle se plaint de douleurs de reins.

Les nuits sont relativement bonnes ; plus de douleurs de tête.

A vomi ce matin un peu d'eau. A eu aussi un peu de diarrhée.

Sang toujours très pâle. Un peu de clapotage sus-ombilical.

Immobilité pupillaire. Anesthésie de la peau,

30 novembre 1900. — La malade est actuellement constipée. A souffert beaucoup, hier surtout, une heure après son repas. N'a pas souffert dans la nuit, cependant, mais elle a besoin de remuer les jambes.

Les douleurs surviennent tous les jours, de suite après les repas.

On institue le régime lacté et des frictions à l'onguent napolitain.

14 décembre 1900. — A continué à souffrir toujours, tout autant presque que précédemment. Ne souffre pas la nuit de son estomac, mais a de l'insomnie. Soif vive. Prend le lait avec répugnance.

Poids stationnaire. Enervement des jambes.

Les douleurs existent surtout dans l'hypocondre gauche. Or, la percussion dans l'espace de Traube donne de la matité et, en auscultant à ce niveau, on a une sorte de cri pleural.

On songe à des adhérences de l'estomac.

Il y a un peu de douleur à la pression.

La malade est toujours très émaciée ; le sang est très pâle. Mine souffreteuse. A l'auscultation du poumon, rien de positif. Peau paraît chaude. On prend la température qui est de 37'3. Pas de mal de tête.

En raison du diagnostic périgastrite, on soumet la malade à des lavements alimentaires pendant quinze jours.

31 décembre 1900. — On a des nouvelles de la malade : les lavements alimentaires ont été faits pendant huit jours, au cours desquels la malade n'a pas souffert du tout. Puis le lait a été recommencé,

Le 28 décembre, hémorragie gastrique et intestinale extrêmement abondante. La malade est restée exsangue très longtemps. A été vue à ce moment par le Dr Blanchet, sur les conseils de M. Tournier, et le régime suivant est institué : Lavements alimentaires et lavements d'eau chaude. Injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pendant la phase de ces lavements alimentaires, toutes les douleurs ont cessé.

7 mars 1901. — Les lavements alimentaires ont été suivis pendant quinze jours.

La malade s'était encore émaciée. Elle refusait de suivre plus longtemps les lavements alimentaires, quoique bien tolérés.

Au commencement de février, même matité de l'espace de Traube et petite sensation d'induration sous le rebord costal gauche.

La reprise de l'alimentation buccale a été suivie d'une amélioration de plusieurs semaines et d'une augmentation des forces. Il y a huit jours, après quelques écarts de régime, sont apparues quelques douleurs et un peu de diarrhée.

Souffle vasculaire au cou ; sang décoloré.

A l'épigastre et à gauche, sous le rebord costal, sensation d'induration et de résistance qui font dire périgastrite. Peu de douleurs à la pression.

22 avril 1901. — La malade a continué à souffrir, parfois ; elle prend des viandes et des œufs ; le lait passe mieux.

Depuis trois jours, vomissements fréquents. A vomi tout ce qu'elle a pris à des intervalles variés.

A quelques douleurs la nuit et quelques vomissements d'eau fade, peu acide. La malade, qui avait repris un kilo, l'a

reperdu. Elle n'a pas de forcés. Les règles n'ont pas reparu depuis le mois de novembre. Un peu de mal de tête depuis deux jours. A la percussion, un peu moins de matité sous le rebord costal et un peu moins de sensation d'induration. La malade ne souffre pas en s'asseyant, mais souffre en se renversant en arrière. Sommet gauche à surveiller, où on a peut-être quelques bruits pleuraux.

23 juin 1901. — La malade n'a pas souffert depuis quelque temps, mais toutes les semaines elle a eu des vomissements pendant un à deux jours, à ne rien pouvoir prendre, cela sans souffrances.

Ces vomissements étaient plutôt des régurgitations par gorgées.

Peu de forces. La malade n'a pas grossi. Les règles ne sont pas revenues; mais le faciès est plus coloré, la mine meilleure. De temps en temps, diarrhée. Ventre un peu tympanique avec quelques gargouillements intestinaux. On a moins nettement l'induration et la matité sous-costale.

12 juillet. — Ne vomit pas, mais a des envies de vomir et les douleurs sont revenues huit jours après le précédent examen.

A eu la diarrhée pendant huit à dix jours. Poids stationnaire. Sang plus pâle.

La malade dit qu'elle a de la fièvre le soir. Sa température prise aux 4^e Femmes pendant plusieurs jours, atteignait 38°5. Sommet gauche suspect en arrière, sans certitude cependant.

La malade souffre au creux épigastrique assez vivement, et se tient courbée en avant. Pas nettement d'empâtement.

7 septembre. — Dans l'intervalle le Dr Durand, de Caluire, a vu la malade avec un ventre ballonné qui fit penser à de la péritonite tuberculeuse; ce ballonnement céda à un lavement huileux qui amena une débâcle. Actuellement, elle vomit de nouveau, elle a maigri de quatre kilogs; elle ne souffre pas cependant. Elle tousse un peu. La maigreur est extrême.

A gauche, au niveau des côtes, submatité et quelques bruits de frottement.

Rien en arrière.

Il existe une submatité de la largeur de la main, plus antérieure qu'au début. Au sommet gauche, le son est un peu diminué, et il existe une légère obscurité respiratoire. On ne note rien sur l'intestin.

La malade vomit assez souvent, mais des glaires seulement.

Elle a été vue peu de temps avant son entrée à l'hôpital. Alors il y avait une paroi tendue; les vomissements étaient incoercibles; rien ne passait. Œdème des jambes, sans albumine.

6 janvier 1902. — La malade entre dans le service de M. Vallas.

9 janvier. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture de l'épigastre, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique, légèrement opalin, blanchâtre; le liquide existe, en très petite abondance, dans la grande cavité, au-dessous du méso-côlon, tandis qu'au-dessus de ce méso-côlon, il s'écoule du liquide par flot, sous pression, chaque fois qu'on ouvre une des nombreuses loges où il est cloisonné par des adhérences.

On sent que toute la petite courbure est prise par une grosse masse qui adhère au foie. Il n'existe pas d'autres adhérences viscérales. Ces adhérences sont étendues en avant de la paroi antérieure de l'estomac à la paroi abdominale, sous forme de membranes larges et minces délimitant les loges contenant le liquide. Vers la région prépylorique, il existe des rétractions du grand épiploon qui immobilisent cette région. Les adhérences sont détruites au doigt; on met quelques ligatures sur deux ou trois vaisseaux plus importants et on renferme sans faire d'autres manœuvres.

19 janvier. — Mort par cachexie.

OBSERVATION II

(Registre 4, page 72.)

(Due à l'obligeance de M. TOURNIER.)

9 mars 1901. — Félix L..., 21 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Trois frères ou sœurs en bonne santé.

Enfance normale sans incidents; à partir de l'âge de 16 ans était cocher et buvait; il prenait ses repas à des heures irrégulières.

A 16 ans, début des douleurs gastriques, tardives, avec parfois vomissements d'eau acide; cela en été surtout. Le malade gardait ses forces, mais la douleur était assez vive pour qu'il se soit décidé à entrer à l'hôpital de Bourg, il y a trois ans. Il n'obtint pas de soulagement.

Dix-huit mois après, il fut pris brusquement d'une douleur vive à l'épigastre et, huit jours plus tard, d'une douleur plus forte encore.

Dè nouveau, il entra à l'hôpital de Bourg. Il eut un abcès à l'épigastre qui fut incisé.

Après sa sortie de l'hôpital, il ne souffrit pas pendant deux mois, au bout desquels les douleurs reprirent. Sous l'influence du régime lacté, souffrit un peu moins, mais les douleurs ne tardèrent pas à reparaître.

Le malade vient donc parce qu'il souffre et souffre presque toute la journée.

Ces douleurs surviennent à n'importe quel moment, à des heures variées. Il a des vomissements d'eau claire et acide; pas de vomissements alimentaires.

L'examen physique montre un jeune homme un peu émacié, qui debout, se tient courbé un peu en avant; il ne peut se redresser complètement.

Au palper, cicatrice à l'épigastre avec sorte de ressaut,

sous le doigt, et sensation d'induration profonde, (bord de l'estomac ou du foie ?)

Pas de douleurs à la pression. La position couchée calme les douleurs d'habitude.

Un repas d'essai est pratiqué le lendemain et on retire une bouillie assez abondante, bien liée. Acidité totale : 2,9.

Réaction du vert-brillant, vert-pré.

Phase de l'érythro-dextrine.

Rien aux autres organes. Rien aux poumons. Traitement institué : Repos au lit, applications chaudes ; repas toutes les deux heures ; lait, œufs, et viande crue. Bicarbonate de soude et atropine.

15 avril 1901. — A été amélioré d'une façon positive. Cependant, à différentes reprises, a souffert et encore vomi. Certains jours, il est relativement bien. Assez bonne mine, mais depuis huit jours, à moins d'appétit, et hier, il a vomi de la bile « comme du pus jaune très amer ».

En général, il est bien, dès qu'il a vomi. Il va à la selle très bien, et a des matières moulées.

Au point de vue objectif, se tient complètement droit, se redresse mieux. Au palper, on n'a plus de sensation d'induration, ou on la sent mal. Pas de clapotage stomacal, mais du clapotage cœcal, trois heures et demie après le repas.

3 mai 1901. — Malade allait bien et avait recommencé à travailler ; ne souffrait pas et ne vomissait pas.

Depuis huit jours, après léger surmenage, réapparition des vomissements, survenant une à deux heures après le repas, vomissements aigres, quelquefois bilieux. Il a souffert assez fréquemment, mais pas la nuit. Appétit bon. Malade se redresse bien. On a une légère succussion gastrique, mais surtout du clapotage intestinal, et cependant les matières sont moulées. Même régime, sauf repos au lit.

9 août 1901. — Le malade est allé assez bien : cependant il a eu des vomissements assez fréquents, toutes les semaines un jour ou deux, et depuis huit jours : vomit fréquemment

de suite ses aliments, ou tardivement de l'eau acide comme du vinaigre.

Il va moins du ventre depuis huit jours. Il a peu faim depuis le même temps.

Il se redresse bien; on a un son gastrique tympanique qui est la dominante au point de vue objectif.

28 octobre. — Jusqu'à il y a un mois, le malade est allé bien. Depuis un mois, il vomit tous les jours, *n'importe quand*. Il ne vomit que de l'eau et des glaires, pas d'aliments; ces vomissements sont très acides à brûler la gorge.

Cependant le malade se redresse bien; il n'a pas maigri. Son gastrique tympanique sous-costal.

18 novembre 1901. — Le malade qui était entré à l'Hôtel-Dieu, s'est enfui par un coup de peur. Il est plutôt mieux cependant. Il a vomi seulement deux trois fois. Une fois il y avait des filets de sang dans son vomissement. Il a dormi mieux, a moins d'aigreur et se redresse facilement.

6 décembre 1901. — La paratomie médiane sus-ombilicale par M. Vallas. Le grand épiploon est adhérent au feuillet péritonéal de la paroi abdominale antérieure. La face antérieure de l'estomac est recouverte également d'une nappe d'adhérences à la paroi de l'abdomen.

Une fois ces adhérences déchirées, on arrive à une masse indurée, qui fait adhérer l'estomac, au niveau de la petite courbure à la face inférieure du foie. Il s'agit d'un ulcère. On arrête là l'intervention, pour ne pas provoquer de perforation.

Dès le lendemain de l'intervention, les vomissements disparaissent. Le malade ne souffre pas et se trouve très amélioré.

15 décembre. — Sortie. On donne un traitement médical en prévision d'une nouvelle entrée en activité de l'ulcère.

1^{er} juin 1902. — Nous avons revu le malade et obtenu les renseignements suivants :

Pendant les 15 premiers jours qui ont suivi sa sortie de

l'hôpital, il n'a ni vomé ni souffert. Puis il n'a pas cru nécessaire de prolonger plus longtemps l'observance du traitement institué, et les troubles ont réapparu.

L'appétit n'est pas diminué, et le malade a fréquemment des abcès de bœulinie.

Les vomissements d'eau claire, acide, brûlant la gorge, contenant quelques parcelles alimentaires, quand ils apparaissent dans les premiers moments qui suivent le repas, surviennent assez irrégulièrement tous les 3 ou 4 jours, ou tous les 8 jours en moyenne. Ils arrivent n'importe quand. Ils sont annoncés par une sorte de resserrement à la région épigastrique, et comme ils procurent un certain soulagement le malade les provoque assez souvent en s'introduisant un doigt dans la gorge. Ce sont des renvois par gorgées qui se succèdent parfois pendant deux heures. Il rend ainsi, pendant certaines crises, de $1/4$ à $1/2$ litre de liquide, contenant de temps en temps des glaires et du mucus.

Quant aux douleurs, elles n'ont jamais acquis l'intensité qu'elles avaient avant l'intervention, et paraissent avoir changé de caractère.

Actuellement, elles sont peu vives, et n'existent pas constamment. En tout cas, à aucun moment, elles n'ont obligé le malade à cesser son travail.

C'est en général tous les 8 jours environ, après un excès éthylique presque périodique, que le malade éprouve une douleur dorsale, correspondant à un point xiphoïdien, et à caractère transfixant, mais sans grande intensité.

Pour calmer ses douleurs il prend soit du lait, soit n'importe quel autre aliment, et il est presque immédiatement soulagé. De plus, si l'accès survient la nuit, il a l'habitude pour calmer ses malaises, de se tenir couché sur le côté gauche.

Localement, on ne constate que la cicatrice de la laparotomie avec une légère éventration.

Pas de tuméfaction ni d'induration. Toute la région épigastrique est parfaitement souple et les adhérences ne paraissent

sent pas en voie de reproduction. Pas d'ectasie gastrique. Pas de clapotage, les troubles fonctionnels et subjectifs que l'on observe actuellement paraissant donc bien en rapport avec des accès hyperchlorhydriques, probablement sous la dépendance de l'ulcère qui ne serait pas entièrement cicatrisé. En tout cas, elle est certainement exagérée par les habitudes légèrement éthyliques du malade et la non observance du régime recommandé.

OBSERVATION III

(Registre 4, page 1265)

Due à l'obligeance de M. TOURNIER.

Mme B..., 40 ans, vue pour la première fois le 18 juillet 1895.

Présente à ce moment tous les signes de l'ulcère de l'estomac.

Un repas d'essai donne comme acidité totale 3,2; comme acide libre, 2,8.

On institue le régime ordinaire de l'ulcus, avec bicarbonate de soude.

En août, la malade allait mieux et ne souffrait plus beaucoup.

Puis elle a cessé progressivement de s'astreindre au traitement institué, et les troubles de l'ulcus ont réapparu aussi intenses qu'auparavant.

1^{er} août 1897. — La malade entre au 4^e Femmes, où elle reste un mois en observation. On finit par constater l'existence d'un abcès pré-stomacal.

On fait alors passer la malade à Saint-Paul et l'opération est décidée et pratiquée par M. Villard.

L'abcès est vidé, et on laisse un drain. Celui-ci est enlevé au bout de deux mois et la malade sort à la fin du troisième mois.

Il persista une fistule pendant un an et demi.

Depuis, la malade a été revue à plusieurs reprises et soumise chaque fois au régime et traitement habituel de l'ulcère. Mais, à aucun moment, ce régime et ce traitement n'ont été régulièrement, ni surtout rigoureusement suivis.

29 juillet 1901. — Cicatrice déprimée à gauche; se déprimant dans les inspirations. La malade, qui allait relativement bien, a de nouveau, depuis quatre à cinq jours, des vomissements et de l'intolérance de l'estomac.

Elle souffre également du dos. Pas de clapotage.

Depuis le dernier examen, la malade ressent assez fréquemment une douleur brusque dans le sein gauche avec parfois des irradiations. Celles-ci ont fait croire une fois à un médecin qu'il s'agissait de coliques hépatiques, et ont nécessité par leur intensité, des injections répétées de morphine.

20 juin 1902. — Actuellement, l'appétit est très diminué, surtout pour les graisses.

Comme troubles gastriques, on observe des renvois par gorgées d'eau acide brûlant la gorge, en général trois, quatre survenant plus ou moins longtemps après le repas, mais le plus souvent presque tout de suite après.

Les vomissements alimentaires sont rares et surviennent à des distances variables des repas.

La malade souffre tous les jours. Elle se plaint d'une douleur transfixiante, survenant à des heures variables après l'ingestion alimentaire.

Cette douleur aiguë dure une dizaine de minutes; elle disparaît spontanément pour revenir quelques instants après. Entre deux repas, elle a parfois de cinq à dix paroxysmes analogues. Quand un de ces paroxysmes a cessé, il est remplacé par une douleur gravative siégeant plus bas, sous le rebord costal gauche, en irradiant vers le flanc gauche et l'ombilic.

La douleur paroxystique siège en avant au-dessous de l'appendice xyphoïde, ou sur une ligne allant de cet appendice au mamelon gauche. En arrière, la douleur maxima est localisée vers le milieu de la région dorsale.

Un caractère particulier de ces douleurs, tant paroxysmiques que continues, est de s'atténuer considérablement pendant des périodes assez longues, un mois parfois, sans cause apparente. Parfois même, l'irrégularité dans les repas serait une cause de soulagement.

La nature des aliments ne paraît pas influencer beaucoup la douleur. Celle-ci est calmée par le bi-carbonate de soude assez rapidement. La position, quelle qu'elle soit, n'a aucun effet. Il n'existe ni diarrhée, ni constipation.

Insomnie habituelle.

L'état nécrophathique est développé à un degré excessivement marqué.

Objectivement on constate, à la limite du flanc gauche et de l'épigastre, la cicatrice de l'ancienne laparotomie. Cette cicatrice est déprimée et entraînée vers la cavité abdominale et en haut dans les profonds mouvements d'inspiration.

A partir de ce point, jusqu'au niveau du rebord costal gauche en haut, et jusqu'à la ligne médiane en dedans, on a, au palper, une plaque indurée paraissant blinder la paroi abdominale; cette plaque est douloureuse, épaisse au voisinage de la cicatrice, où elle donne l'impression d'un néoplasme développé en nappe. Cette épaisseur et cette sensation diminuent à mesure qu'on aborde la périphérie de cette tuméfaction diffuse.

Il ne paraît pas douteux qu'on se trouve en présence d'une périgastrite adhésive; et ce diagnostic est d'autant plus facile et moins douteux qu'on a eu sous les yeux, il y a quatre ans, une périgastrite suppurée, dont la fistule ne s'est fermée qu'un an et demi plus tard.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les affections qui peuvent amener de la périgastrite adhésive, celle que l'on rencontre le plus souvent, est l'ulcère simple de l'estomac.

II. — Les périgastrites tenant à des adhérences peu étendues gênent peu les fonctions de l'estomac, et sont parfaitement tolérables.

Au contraire, les périgastrites avec adhérences étendues donnent lieu à un syndrome caractérisé par des douleurs et des vomissements extrêmement variables dans leur mode d'apparition, leur intensité, non améliorés par le traitement médical. L'hyperchlorhydrie est constante.

Objectivement, on constate, à la région épigastrique, soit une induration localisée, mate, douloureuse, soit des frottements, soit une véritable tumeur.

III. — Le diagnostic est aisé quand il y a eu une perforation antérieure. Il est extrêmement difficile quand il n'y a pas eu de perforation. On est surtout exposé à prendre pour un cancer de l'estomac, une péri-gastrite adhésive, s'accompagnant ou non de

tumeur; lorsqu'elle a amené la malade jusqu'à la cachexie.

IV. — Le pronostic varie avec l'étendue et l'ancienneté des adhérences, avec l'état d'activité ou de non activité de l'ulcère sous-jacent, avec le traitement mis en œuvre.

V. — Dans les cas bien tolérés, sans réaction bruyante, avec un ulcère qu'on suppose guéri, on peut s'abstenir d'intervention chirurgicale immédiate ou, du moins, attendre une indication nette d'intervention; l'exagération des douleurs et des vomissements par exemple.

Dans la plupart des cas il faut recourir à la laparotomie suivie de la libération des adhérences, à moins que celles-ci soient tellement épaisses et diffuses autour d'un large néoplasme inflammatoire qu'il serait dangereux de tenter une libération, laquelle, d'ailleurs, serait forcément incomplète, et fatalement suivie de récurrence.

VI. — Cette récurrence est également à craindre dans les autres cas, plus facile à traiter.

Le Président de la Thèse,
POLLOSSON.

VU :
Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 10 juillet 1902.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — Précis d'Anatomie pathologique.
- WILSON-FOX. — Hypertrophy of the walls of the stomach.
- BRINTON. — Maladies de l'estomac, 1870.
- BOUVERET. — Traité des Maladies de l'estomac, 1893.
- MAYO-ROBSON. — Transactions of the Clinic. Society, 1894.
- NICAISE. — Adh. périton. douloureuses. *Rev. de Chirurgie*, 1894.
- ROSENHEIM. — Patholog. und Therap. der Krankh. des verdamurgsapparates.
- TERRIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894.
- GASTON LYON. — *Gazette des Hôp.*, 22 février 1890.
- CHESNEL. — Etude clinique sur le cancer latent. Thèse Paris 1877.
- DESCHAMPS. — Diagnostic du cancer de l'estomac. Th. Paris, 1884.
- LORENZI. — Difficultés du diagnostic entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac. Thèse Paris 1895.
- FRENOY. — Contribution à l'étude des faux cancers de l'estomac. Thèse Paris 1896.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Clinique de Thérapeutique.
- BOUQUET DE LA JOLINIÈRE. — Adhérences péritonéales douloureuses. Th. Lyon, 1896.
- MARION. — De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac. Thèse Paris, 1897.
- DUPOUY. — De la périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac. Thèse Paris, 1898.
- HALE-WHITE. — Symptômes et traitement de la périgastrite adhésive. *Lancet*, 1901.
- WESTPHALEN et FICK. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1899.

